46e Année. — N° 25. Vendredi 23 Juin 1899.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Médecine publique : La station suburbaine de Châtillon-sous-Bagneux, par le Dr Barbillion, p. 385. — **Bibliographie** : Physiologie raisonnée, p. 388. — Virus et venins, p. 388. — La lutte contre la tuberculose, p. 388. — **Académie des sciences** : *Séance du 12 juin 1899. — Présidence de* M. Van Tieghem. — De l'angle d'inclinaison des côtes étudié à l'aide de la radioscopie et de la radiographie à l'état sain et à l'état morbide, en particulier dans la pleurésie sans épanchement, p. 388. — Contribution à l'étude du lierre ; préparation de l'hédérine, p. 389. — Sur la présence de l'iode dans les eaux minérales de Royat, p. 390. — Oscillations nerveuses à la suite des excitations unipolaires ; méthode pour la mesure de leur vitesse de propagation, p. 391. — Lierre et hédérine. Etude physiologique et toxicologique, p. 392. — Sur un champignon parasite du cancer, p. 392. — **Académie de médecine** : *Séance du 20 juin. — Présidence de* M. Panas. — Vaccinoïde, p. 393. — Radiographie, p. 393. — Des doses élevées de créosote dans le traitement de la phtisie pulmonaire, p. 393. — Goître basedowifié, p. 393. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la tuberculose pulmonaire et de l'influence du terrain sur la durée de son évolution, p. 393. — Traitement des affections broncho-pulmonaires et en particulier de la tuberculose par les injections intra-trachéales d'huiles volatiles, p. 393. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 16 juin. — Présidence de* M. Raymond. — Colique saturnine et appendicite, p. 394. — La médication cacodylique, p. 394. — Hyperglobulie et splénomégalie, p. 395. — **Société médicale des Bureaux de Bienfaisance** : *Séance du 10 mai 1899. — Présidence de* M. L. Dufournier, p. 395. — **Société de chirurgie** : *Séance du 21 juin 1899. — Présidence de* M. Pozzi, p. 397. — Traitement des hémorrhoïdes, p. 397. — Rétrécissement inflammatoire du cœcum ; Résection partielle du cœcum. Guérison, p. 397. — Tumeur du cœcum ; résection partielle du cœcum, p. 397. — **Intérêts professionnels**, p. 398. — **Nouvelles**, p. 399.

MÉDECINE PUBLIQUE

La station suburbaine de Chatillon-sous-Bagneux (1),

Par le Dr Barbillion.

La station de Châtillon est de création assez récente : elle a été ouverte vers le milieu du mois de janvier 1893 ; c'est un nouveau rouage ajouté au service déjà compliqué des Enfants-Assistés du département de la Seine ; elle constitue une annexe de l'hospice dépositaire de la rue Denfert-Rochereau et est destinée en principe à recevoir des enfants du premier âge, athreptiques ou syphilitiques héréditaires. Mais cette division ne correspond qu'imparfaitement à la réalité, et en fait, la population de la station se recrute parmi les trois catégories suivantes :

1° Des avortons ;

2° Des athreptiques ;

3° Des débilités accidentels.

(1) Travail lu à la Société médicale des Bureaux de bienfaisance.

Dans chacune de ces trois catégories on peut rencontrer des nourrissons :

Soit exempts de syphilis héréditaire,

Soit suspects de syphilis,

Soit syphilitiques avérés.

Le but poursuivi en ouvrant la station de Châtillon est donc complexe et répond à trois préoccupations fondamentales :

1° Diminuer la grande mortalité des enfants envoyés en province, en ne décidant leur départ que lorsqu'ils seront assez vigoureux et en assez bon état pour affronter le voyage et s'accommoder mieux au milieu nouveau où ils seront placés.

2° Empêcher que les enfants en puissance de syphilis héréditaire, non encore révélée par des symptômes formels, soient, par un envoi prématuré en province, susceptibles de développer la contagion dans la famille où ils seront recueillis ;

3° Retenir et soigner les syphilitiques avérés et ceux qui se révèleront tels pendant la période d'observation à laquelle ils seront soumis dans le service.

Dans le premier cas, la station peut être considérée comme une crèche.

Dans le second cas, elle devient un lazaret.

Dans le troisième cas, elle constitue un syphilicôme.

Vous concevez facilement les avantages de cette installation : en tant que crèche, les nourrissons vivent ici en plein air, en pleine campagne, loin de l'encombrement qui existe dans un grand hôpital et des dangers qui en résultent, et ils sont soumis aux règles et aux pratiques minutieuses de l'hygiène infantile dans tout ce qui se rapporte au vêtement, au change, au couchage, à la propreté du corps, et à l'allaitement. Ce qu'il faut au nouveau-né, c'est du bon air, une bonne nourrice et de bons soins ; plus les précautions seront multipliées autour de son berceau, plus on aura de chances de permettre à de frêles existences de traverser les redoutables épreuves des premières semaines et des premiers mois de la vie ; — aussi, d'une façon générale, les résultats obtenus chez les avortons, les débilités congénitaux, sont-ils satisfaisants ; élevés en couveuses, pourvus de nourrices qu'il est loisible de changer, puisqu'on en a le choix, si l'enfant ne paraît pas s'accommoder bien de celle qui lui est donnée, nous les voyons rapidement augmenter de poids, et devenir bientôt assez vivaces pour être expédiés en province dans de bonnes conditions.

La seconde catégorie d'enfants, celle qui comprend les athreptiques proprement dits, réserve parfois de cruels mécomptes. Mais il nous est arrivé aussi d'assister à de véritables résurrections, grâce à la substitution momentanée du lait stérilisé au lait de femme, ou réciproquement, grâce aussi au changement de nourrice. Cette possibilité de chercher dans un changement de nourrice un sein mieux approprié à l'enfant est un des grands avantages du service hospitalier; elle réalise pour nos nourrissons des conditions identiques à celles qu'on trouve dans les milieux fortunés où l'on est parfois obligé de changer plusieurs fois la nourrice avant de trouver celle dont dépend la vie du nourrisson.

Les débilités accidentels forment la troisième catégorie. Ce sont des enfants nés à terme, mais qui ont déjà pris les plus douloureux contacts avec la misère. Les quelques jours qu'ils ont déjà vécu se sont écoulés pour eux dans des conditions parfois déplorables d'alimentation et de soins. Ils arrivent dans le service amaigris, criant la soif et la souffrance, la bouche tapissée de muguet, couverts d'érythème simple ou ulcéré ; les fesses, les cuisses, les talons, les parties génitales sont comme brûlés par le contact prolongé des urines et des matières fécales. Ici l'hygiène fait merveille, une bonne nourrice, de la propreté, souvent un séjour de quelques jours dans du son, et tout s'arrange au mieux.

Le fait que la syphilis héréditaire ne se manifeste guère que de la troisième à la sixième semaine après la naissance, rarement plus tôt, et rarement plus tard, nous entraîne à soumettre tout enfant qui nous est envoyé à une période d'observation d'autant plus sévère que rien n'est plus difficile parfois que de dépister la syphilis chez un nourrisson. Si, en effet, l'enfant syphilitique est ordinairement chétif, parfois né avant terme, si ses téguments sont très vulnérables, si un coryza suspect, une apparence blafarde et une bouffissure cireuse de la face sont des signes de grande importance, il est loin d'en être toujours ainsi, et il faut parfois attendre l'apparition de fissures labiales, de syphilis secondaires cutanées ou muqueuses, avant de se prononcer définitivement.

Il y a donc là une période d'observation à établir, car autrement, on s'expose soit par manque de prudence à envoyer en nourrice un enfant qui se révélera syphilitique dans quelques jours ou quelques semaines, avec tous les dangers de dissémination de son mal dans l'entourage, soit par excès de prudence à condamner à l'allaitement artificiel un enfant simplement suspect mais non syphilitique, et dont l'état de débilité naturelle s'aggravera encore de ce mode inférieur d'alimentation. C'est ici un des grands avantages de la station de Châtillon ; car après un séjour plus ou moins prolongé mais nécessaire pour qu'ils puissent faire leur preuve, les nourrissons, de suspects qu'il étaient à l'entrée, devenus tels qu'ils n'inspirent plus aucune inquiétude, sont renvoyés aux Enfants-Assistés où, passant une dernière fois sous le contrôle du médecin en chef de cet établissement, ils sont sans aucune arrière pensée confiés à la nourrice de province.

Quant à ceux qui se révèlent syphilitiques, ils sont gardés et soignés à la station; les résultats sont le plus souvent mauvais. Ces enfants, élevés au biberon, sont en général d'autant plus vite emportés que l'apparition des accidents est plus précoce; la mortalité est chez eux en moyenne de 9 sur 10.

La station est située sur le territoire de la commune de Châtillon, à trois kilomètres environ hors des barrières de Paris, sur la route stratégique qui unit le fort de Montrouge au fort de Vanves; elle occupe un vaste quadrilatère qui s'étend sur les dernières éminences du plateau, juste au point où celui-ci se continue avec les plaines maraîchères de la commune de Malakoff; de grandes étendues de champs cultivés et quelques rares maisons campagnardes avoisinent la station; les vents qui balayent le plateau, très découvert, entretiennent une grande pureté d'atmosphère et, de ce point déjà un peu élevé, la vue rayonne sur de vastes étendues de plaines et de collines, surtout vers le Mont Valérien et les côteaux de Suresnes et de Saint-Cloud. L'établissemeut se compose de trois grands pavillons, de deux salles chaque, formant rez-de-chaussée, et pouvant abriter une soixantaine de nourrices sédentaires et le double de nourrissons.

Mais ce nombre n'est jamais atteint, et il est rare que le nombre des nourrices dépasse 35 et celui des nourrissons 70.

Une infirmerie est ménagée au fond de l'enclos, elle comprend 4 chambres d'isolement pour les affections contagieuses.

Les bâtiments annexes, administration, logement des employés, cuisine, buanderie, lingerie, étable pour les vaches, écurie et amphithéâtre, etc., laissent entre eux et les pavillons de larges espaces de terrains aménagés en préaux sablés et en jardins.

Je passe rapidement, Messieurs, sur les détails d'installation intérieure de nos pavillons qui, malgré leur grande simplicité, sont très pratiquement agencés tant au point de vue du chauffage que de l'aération et de l'éclairage. A chaque salle est annexée une chambre de change pour les soins de toilette à donner aux enfants ; des ouvertures spéciales permettent de se débarrasser du linge sale, sans qu'il soit nécessaire de le transporter à travers les pavillons; il existe dans chaque chambre de change des appareils chauffoirs à gaz qui permettent d'avoir presque instantanément l'eau chaude nécessaire aux soins de toilette des nourrissons.

Un des pavillons a reçu dès l'origine une destination spéciale : il est consacré à un certain nombre d'enfants un peu plus avancés en âge, convalescents de maladies aiguës ou atteints d'affections chroniques (affections nerveuses et tuberculose surtout). Ces enfants, qui s'étio-

leraient dans un service d'hôpital urbain, viennent à Châtillon chercher l'air vivifiant de la campagne et ils ne tardent pas, pour la plupart. à ressentir une grande amélioration dans leur santé générale. Ces enfants restent en plein air le plus possible, autant que le temps le permet, et jouent la plus grande partie de la journée dans les préaux et les jardins.

Quant aux nourrissons qui constituent la fraction la plus importante de la population, et pour qui, dans l'espèce, la station a été fondée, ils occupent les deux autres pavillons, complètement séparés des précédents; ils sont confiés à des nourrices sédentaires et sont pour la plupart nourris au sein. Un petit nombre est mis au biberon; ce sont les syphilitiques héréditaires avérés; ceux qui, déjà habitués à ce mode d'alimentation, refusent le sein et enfin ceux qui attendent leur tour d'être mis au sein, quand, par suite d'encombrement, les nourrices deviennent insuffisantes.

Les relations entre la station de Châtillon et l'hospice dépositaire des Enfants-Assistés sont quotidiennes. Plusieurs fois par jour une voiture fait la navette entre la colonie et la maison-mère. Le téléphone a été installé depuis deux ans et les services qu'il nous rend sont très importants.

Les enfants désignés le matin à la visite par le médecin en chef des Enfants-Assistés pour être envoyés à la station y sont expédiés dans l'après-midi; à leur arrivée, ils sont baignés, nettoyés, pesés et pourvus d'une feuille d'observation où sont consignés le nom, l'âge, le numéro d'ordre et le poids. Cette feuille est complétée le lendemain par les observations médicales faites au moment de la visite; seulement alors l'enfant est confié à une nourrice qui, suivant le cas, donnera le sein directement, ou avec un bout de sein protecteur, si quelque signe suspect commande cette mesure de prudence; ou enfin l'enfant sera mis au biberon. Deux fois par semaine, tous les enfants sont pesés et leur poids consigné sur la fiche d'observation; la pesée est faite plus fréquemment, si les circonstances l'exigent; elle nous sert de moyen de contrôle pour reconnaître si une nourrice a du lait en quantité suffisante ou non. Il faut bien l'avouer, la plupart des enfants arrivent en mauvais état. Ils sont porteurs d'érythèmes des fesses et des membres inférieurs plus ou moins intenses, superficiels ou érosifs, ou papulo-érosifs, d'ulcérations de frottement aux malléoles et aux talons; de plaques ptérygoïdiennes et palatines, de muguet, parfois d'abcès sous-cutanés, de ces pyodermies multiples si fréquentes chez les athreptiques; beaucoup ont des otites suppurées, des coryzas purulents, des conjonctivites simples ou purulentes, de l'impétigo de la face, des oreilles, etc. Toutes ces lésions sont l'objet de soins spéciaux.

J'emploie très volontiers depuis trois ans, pour le traitement des érythème sinfantiles, les couchages à nu dans du son frais pulvérisé ou remoulage, qui nous donne les meilleurs résultats. Toute suppuration est recouverte d'un pansement, aussi bien dans un but de guérison que dans le dessein d'empêcher la dissémination des agents pyogènes, streptocoques et surtout staphylocoques, susceptibles de multiplier dans une agglomération enfantine les accidents septiques les plus variés. La diète hydrique, les lavages de l'intestin et les injections sous-cutanées de sérum artificiel nous ont paru les meilleurs moyens à employer contre les accidents gastro-intestinaux toxi-infectieux qui sont la monnaie courante dans tout service de nourrissons.

Tout est réuni à Châtillon pour que le lait de vache soit donné aux enfants dans les conditions les plus favorables.

L'étable comprend 7 ou 8 vaches qui sont soignées et traitées deux fois par jour par une fermière; le lait est immédiatement distribué après la traite, dans des flacons de stérilisateur, et stérilisé au bain-marie suivant la méthode Soxhlet. La stérilisation, confiée à deux nourrices sérieuses, se fait deux fois par jour. Le résultat c'est que les enfants au biberon ne semblent guère plus exposés que les enfants au sein aux troubles digestifs.

Une question très importante, c'est la prophylaxie à établir, au bénéfice des nourrices, contre les nourrissons suspects de syphilis héréditaire : ceux qui sont manifestement atteints de syphilis étant rigoureusement mis au biberon, il n'y a de ce côté aucune crainte à avoir; mais les enfants suspects, ceux qui, du jour au lendemain, en quelques heures, se révèlent syphilitiques par une éruption cutanée, par des syphilides buccales, génitales, etc., ceux-là constituent un danger terrible pour la nourrice qui peut être contaminée par un seul contact, par une seule tétée imprudemment consentie. Aussi tout enfant qui présente le moindre symptôme suspect, soit du côté de la bouche, soit du côté des téguments, est-il condamné à ne téter sa nourrice qu'avec un bout de sein en caoutchouc très mince, qui s'applique directement sur le mamelon, et ne gêne guère la succion de l'enfant.

Avant l'emploi de ce bout de sein, nous avions eu à déplorer quelques cas de contamination; depuis deux ans qu'il est couramment employé dans le service, nous n'avons pas eu à enregistrer de nouveau cas de transmission de la syphilis du nourrisson à sa nourrice.

La mortalité générale est en moyenne de 25 à 28 0/0; elle est due surtout à l'athrepsie, à la syphilis héréditaire, et aux maladies intercurrentes dont les plus fréquentes sont assurément les infections gastro-intestinales. Cependant je n'ai pas eu l'occasion d'observer de ces épidémies cholériformes violentes qui vident en quelques jours tous les berceaux d'une salle. Du reste, dès que l'état sanitaire d'une salle devient suspect, ce qui se manifeste par l'apparition de quelques cas de gastro-entérite, de suppurations banales plus fréquentes, de muguet, etc., il est procédé sans retard

à l'évacuation, et c'est en prévision de nécessités de ce genre que nous faisons en sorte d'avoir toujours une salle vide pour faciliter le roulement. Celle qui vient d'être évacuée est immédiatement désinfectée au formol, et laissée largement ouverte par toutes ses portes et fenêtres, de façon que l'air et le soleil y accomplissent leur œuvre d'assainissement.

C'est également une règle absolue que tout enfant atteint d'affection contagieuse générale ou locale est immédiatement isolé dans une des chambres qui composent l'infirmerie. Tels sont, Messieurs, les différents points que je désirais vous exposer sur le fonctionnement de la station suburbaine de Châtillon.

J'aurais peut-être hésité à vous entretenir de ce sujet, étranger en somme au service des Bureaux de bienfaisance, et qui échappe à nos habituelles préoccupations. Mais j'ai réfléchi que notre Société porte également sa sollicitude sur toutes les questions d'assistance, et que rien de ce qui se fait dans l'intérêt des petits, des faibles et des malheureux, ne la laisse indifférente.

C'est pourquoi j'ose espérer que vous aurez bien voulu écouter ces quelques notes avec bienveillance, et je m'estimerai trop heureux si elles ne vous ont pas paru dépourvues d'intérêt.

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie raisonnée, par H. N. Dakhyl, docteur en médecine de la Faculté de Paris, élève de l'University collége de Londres, etc. Paris, Soc. d'éditions scientifiques, 1899.

M. Dakhyl a publié des éléments de physiologie, sous une forme qui sera très utile aux étudiants, parce que beaucoup de difficultés sont résolues par la méthode analytique. L'auteur a exposé en effet la physiologie par demandes et par réponses, les premières étant suffisamment nombreuses, les secondes assez développées pour faire de l'ouvrage un traité suffisamment complet pour ceux qui s'intéressent à la physiologie.

Voici d'ailleurs les raisons que nous donne l'auteur pour le choix de la méthode qu'il a adoptée.

Cette méthode est la première de son genre, du moins dans les livres de physiologie ; sa précision et sa concision font ressortir la clarté du raisonnement ; quoique manuel, ce volume est cependant assez étendu pour que les initiés y trouvent le développement de la physiologie comme science de l'avenir. Cette méthode pourra par la suite recevoir des améliorations en rapport avec la marche de l'évolution de la science. En dépit de l'emploi de la technologie physiologique, elle contient les explications nécessaires au lecteur. La méthode de M. Dakhyl économisera du temps, car d'après elle on s'instruira sur ce que l'on mettrait de longs mois à apprendre dans un autre livre. Tel qu'il est conçu, et nous croyons que l'auteur a exactement rempli son plan, cet ouvrage de physiologie raisonnée aura l'utilité et le succès que M. Dakhyl en attend.

L.-J.

Virus et venins, remèdes internes par le Dr Kruger, ex-interne des hôpitaux de Lyon, membre de la société homœopathique, etc., Paris, Société d'éditions scientifiques, 1899.

Nous signalons, sans prendre parti, l'ouvrage de notre confrère homœopathe parce qu'il contient une discussion thérapeutique relativement à la tuberculine et à certains venins, discussion qui pourra intéresser nos lecteurs. L'étude des virus et des venins à un point de vue thérapeutique peut servir de point commun de rapprochement, si l'on veut, entre la médecine traditionnelle et l'homœopathie, encore que la méthode de l'expérimentation physiologique, de l'analyse des phénomènes morbides en pathologie expérimentale fournisse sur les interprétations un terrain beaucoup moins glissant que des points de départ hypothétiques. Le lecteur trouvera dans cet ouvrage, à côté de l'exposé nouveau des principes de l'homœopathie, la critique des erreurs allopathiques modernes. Nous le laisserons juge.

L.-J.

La lutte contre la tuberculose, par Niewenglowski, Paris, Société d'éditions scientifiques, 1899.

M. Niewenglowski a réuni en opuscule, en les adaptant, les articles qu'il a publiés sur ce sujet dans la *Science française* dans un but de vulgarisation. Il passe successivement en revue la nature de la tuberculose, sa prophylaxie, la question du terrain, le traitement et les médicaments dirigés contre la tuberculose, les dangers auxquels exposent les tuberculeux dans la famille les magasins, les ateliers, au théâtre, dans l'armée, à l'école, enfin ce que sont les tuberculeux à l'hôpital et comment on devrait les hospitaliser. Il préconise comme tout le monde le balayage humide, l'emploi de crachoirs spéciaux contenant un liquide antiseptique, l'ébullition du lait et arrive à cette conclusion qu'impose d'ailleurs l'étude d'un grand nombre de tuberculeux, à savoir que la tuberculose est une maladie curable surtout si elle est soignée dès le début.

Le traitement hygiénique par la vie au grand air, l'aération, la suralimentation constitue le meilleur traitement tandis que l'emploi des médicaments doit être surveillé avec soin.

L.-J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 juin 1899. — *Présidence de* M. Van Tieghem

De l'angle d'inclinaison des côtes étudié à l'aide de la radioscopie et de la radiographie à l'état sain et à l'état morbide, en particulier dans la pleurésie sans épanchement. — MM. Bouchard et H. Guilleminot. Si nous observons un sujet pendant qu'il respire, au moyen de la

radioscopie, nous voyons que ses côtes s'élèvent pendant qu'il inspire et s'abaissent pendant qu'il expire. Ce mouvement chez le sujet sain paraît approximativement symétrique à droite et à gauche. En outre, chez lui, les côtes paraissent inclinées également des deux côtés.

Dans la pleurésie récente et unilatérale, les côtes du côté malade paraissent avoir moins d'amplitude oscillatoire que du côté sain ; en outre, il semble qu'elles soient plus inclinées.

Chez le pleurétique ancien, nous avons pu constater de différences angulaires telles que, à première vue, la grande inclinaison du côté malade apparaît saillante.

Chez les tuberculeux anciens et avancés, avec lésions unilatérales, malgré le peu de transparence du côté du malade, l'angle costal paraît aussi beaucoup plus aigu de ce côté.

Tel est le fait que met en lumière l'examen du malade à l'écran.

Le fait constaté par la radioscopie peut se démontrer par la radiographie, surtout si l'on dissocie les phases inspiratoire et expiratoire au moyen de l'appareil décrit (*Comptes rendus*, 8 août 1898). Il est utile de régler les arrêts du levier oscillatoire de la ceinture de manière à laisser à ce dernier le plus d'amplitude possible. On obtient ainsi l'image du thorax au maximum de l'inspiration et au minimum de l'expiration.

La comparaison du côté du thorax avec l'autre nécessite la détermination d'un axe horizontal, c'est-à-dire perpendiculaire à la ligne médio-rachidienne. Cet axe doit être à la même hauteur dans les deux épreuves pour faciliter leur rapprochement.

Le mode opératoire suivant permet d'y arriver : un repère métallique est fixé dans le dos du malade sur la ligne épineuse ou à une distance connue de cette ligne. Un autre repère le croise perpendiculairement ou, du moins, autant qu'il est possible de le faire sur le sujet.

L'épreuve obtenue porte en noir la projection de ces repères. L'axe médiorachidien est tracé sur l'épreuve plus d'après l'ombre projetée des corps vertébraux que d'après la direction du repère vertical, qui sert surtout à contrôler l'identité des coordonnées dans les deux épreuves.

Une perpendiculaire à cet axe est menée au point de croisement des repères. Cette horizontale est elle-même contrôlée par le second repère sur toute sa longueur dans l'épreuve d'inspiration et dans l'épreuve d'expiration.

L'inclinaison d'une côte ne peut se mesurer directement sans que l'on s'expose à des erreurs. Ce que nous mesurons, c'est, au moyen de chiffres précis, la pente costale, c'est-à-dire le rapport de l'accroissement de l'ordonnée à celui de l'abscisse quand on s'éloigne de l'axe rachidien. La pente varie suivant les points où l'on se place : aussi ne la considérons-nous qu'entre deux points bien définis distants de 0 m.04 à 0 m.08 de l'axe rachidien. La pente varie aussi suivant les diversités individuelles de chaque côte ; aussi considérons-nous toujours les pentes de plusieurs côtes pour en prendre la moyenne.

La pente moyenne de la côte moyenne entre l'abscisse 0 m. 04 et l'abscisse 0 m.08 étant la cotangente de l'angle d'inclinaison de cette côte sur l'axe rachidien, rien n'est plus simple dès lors que de connaître cet angle.

En ne tenant compte que des rapports d'angles chez un même sujet et non de la valeur absolue de ces angles, qui varie, parce que nos radiographies ne renferment pas toutes le même nombre de côtes nettement mesurables, on voit que :

1° Chez les sujets sains, la pente moyenne des côtes est la même à droite et à gauche.

2° Chez ces sujets, l'amplitude oscillatoire qui varie, sur nos épreuves, de 3° à 5°, est à peu près la même à droite et à gauche. Notons cependant que, dans les cas particuliers étudiés, elle paraît un peu plus grande à droite qu'à gauche.

3° Chez les pleurétiques ou les anciens tuberculeux, les pentes costales sont dissemblables : toujours plus prononcées du côté malade (de 3° à 6° dans les cas considérés).

4° Chez ces sujets, l'amplitude oscillatoire des côtes pendant la respiration est très diminuée. Le type abdominal prédomine même chez la femme. L'une d'elles, avec une amplitude diaphragmatique de plus de 16 mm., avait des côtes presque immobiles.

Le fait constaté par l'examen radioscopique se trouve donc démontré mathématiquement par la radiographie, et il est à remarquer que les différences qu'elle donne entre les phases respiratoires dissociées sont encore en dessous de la vérité, car l'appareil employé n'enregistre pas seulement l'état d'inspiration ou d'expiration extrême, mais une partie des moments précédents et suivants.

Contribution à l'étude du lierre; préparation de l'hédérine (1). — M. Houdas. Le lierre commun a été l'objet de nombreux travaux. En 1840, Vendamme et Chevalier, d'Amiens, crurent voir, dans les graines de la plante, un alcaloïde jouissant des propriétés fébrifuges de la quinine : l'existence de cette base a été mise en doute par tous ceux qui se sont occupés de la question. Posselt, en 1860, décrit, sous le nom d'*acide héderique*, une matière cristallisée, retirée du lierre, susceptible de se combiner aux bases et de décomposer les carbonates alcalins. Plus tard, Hartsen, 1875, et peu après Davies, 1876, étudiant le même produit, l'identifièrent aux glucosides. En 1881, Vernet (*Thèse de l'Ecole de Pharmacie de Paris*) parvient à retirer des feuilles de lierre, au moyen de l'acétone bouillant, un glucoside parfaitement cristallisé, auquel il assigne la formule $C^{32}H^{54}O^{11}$ et dont il étudie les produits de dédoublement dans un long mémoire. H. Block (*Archiv. der Pharmacie*, 1888) confirme les résultats de Vernet, tout en admettant la composition $C^{32}H^{52}O^{10}$.

Reprenant l'étude du lierre, nous montrerons que cette plante contient plusieurs glucosides que nous décrirons successivement : dans une dernière note, résumant l'ensemble de nos recherches, nous en indiquerons la préparation et la façon de les séparer.

Hédérine. — L'hédérine cristallisée dans l'alcool à 90° se présente sous la forme de longues et fines aiguilles groupées autour d'un centre commun. Maintenus vingt-quatre heures à 130°, ces cristaux ont perdu 6 gr. 20 pour 100 de leur poids : l'action plus prolongée de la chaleur ne tarde pas à les altérer.

Chauffés plus fortement, ils fondent à 248° en un liquide légèrement ambré sans dégagement de gaz.

L'hédérine a une saveur douçâtre à peine perceptible ; elle est insoluble dans l'eau, l'éther de pétrole, le chloroforme ; l'éther ordinaire et la benzine n'en enlèvent que des traces. Ses meilleurs dissolvants sont l'alcool et l'acétone.

(1) Le présent travail a été fait au laboratoire de M. Riche à l'École de Pharmacie.

1 partie de glucoside se dissout dans 54 parties d'alcool à 90° : T = 18°.

1 partie de glucoside se dissout dans 6,22 parties d'alcool à 90° bouillant.

1 partie de glucoside se dissout dans 805 parties d'acétone froid : T = 18°.

1 partie de glucoside se dissout dans 333 parties d'acétone bouillant.

Les solutions dans l'alcool dilué bouillant se prennent en gelée par refroidissement : elles moussent très fortement par l'agitation.

Le glucoside se dissout facilement à chaud dans les alcalis et les carbonates alcalins.

Il dévie à droite le plan de la lumière polarisée : en solution alcoolique à la température de 22° on a

$$\alpha_D = 16°,27$$

L'analyse élémentaire du produit, maintenu vingt-quatre heures à 130°, nous a donné les résultats suivants :

	I.	II.	Calculé pour $C^{64}H^{104}O^{20}$
C.....	53,11	64,25	54,43
H.....	8,50	8,84	8,72
O.....	»	»	26,84

L'étude des produits de dédoublement montre que l'on doit admettre une formule un peu différente

$$C^{64}H^{104}O^{19}.$$

La détermination du poids moléculaire a été faite par ébullioscopie en employant l'alcool absolu comme dissolvant : poids de substance, 5 grammes; poids du dissolvant, 40 grammes ; t point d'ébulition de l'alcool, 78°,42 ; t' point d'ébullition de la solution 78°,52; la pression barométrique est restée constante pendant la durée de l'opération ; $t' - t = 0°,10$. En appliquant la formule

$M = EM \times \frac{P}{t' - t}$ on a $M = 11,50 \times \frac{0,10}{10} = 11,50$ qui se rapproche de 1176 correspondant à la formule $C^{64}H^{104}O^{19}$.

L'hédérine soumise pendant une douzaine d'heures à l'action de l'acide sulfurique dilué à 4 p. 100 et à l'ébullition dans en appareil à reflux, se décompose en donnant un produit insoluble en deux matières sucrées.

Hédéridine. — Prismes rhomboïdaux brillants obtenus par refroidissement de sa solution dans l'alcool à 90° bouillant. Insolubles dans l'eau, l'éther, la benzine, le chloroforme.

1 partie d'hérédine se dissout dans 84 parties d'alcool absolu bouillant.

Elle fond à 324° en un liquide incolore se prenant en une masse cristalline par refroidissement : à une température plus élevée il peut se sublimer sans décomposition.

Ce produit est très difficile à brûler : les résultats obtenus dans sa combustion concordent avec ceux qui ont été indiqués par Bloch.

	I.	II.	Calculé pour $C^{26}H^{40}O^{4}$.
C.....	74,56	74,88	75,14
H.....	10,11	9,97	9,61
O.....	»	»	15,25

Le peu de solubilité de l'hédéridine ne nous a pas permis d'en déterminer le poids moléculaire. L'étude de ce corps sera reprise avec de plus amples détails.

Matières sucrées. — La solution acide, provenant de l'interversion, est saturée exactement par de l'eau de baryte, filtrée et évaporée jusqu'à consistance sirupeuse. On reprend par de l'alcool à 90° bouillant et l'on abandonne à l'évaporation sur de l'acide sulfurique. Il se dépose d'abord de fines aiguilles, groupées en mamelons, que l'on sépare de la partie liquide surnageant. Cette dernière se prend bientôt en une masse de cristaux assez volumineux.

Le glucoside nous a donné environ 28 gr. 25 pour 100 de sucre.

Hédérose. — Fines aiguilles brillantes groupées autour d'un centre, très solubles dans l'eau et dans l'alcool bouillant. Point de fusion 155°. Elle est dextrogyre et présente le phénomène de birotation. La solution bouillie examinée à 22° a donné

$$\alpha_D = + 102°,66$$

A l'analyse, nous avons obtenu

		Calculé pour $C^{6}H^{12}O^{6}$
C.....	39,92	40,00
H.....	6,75	6,66
O.....	»	59,33

Cette substance fera l'objet d'une étude détaillée.

Rhamnose. — Le sucre qui se dépose après l'hédérose se présente sous forme de prismes rhomboïdaux obliques, assez volumineux, fondant à 93°. Il est dextrogyre

$$\alpha_D = + 9°4.$$

Ces constantes sont celles de la rhamnose.

D'après l'étude des produits de dédoublement, on doit admettre que le glucoside, sous l'action des acides dilués, se décompose, sans fixation d'eau, suivant l'équation suivante :

$$\underbrace{C^{64}H^{104}O^{19}}_{\text{Hédérine.}} = \underbrace{C^{6}H^{12}O^{6}}_{\text{Hédérose.}} + \underbrace{C^{6}H^{12}O^{5}}_{\text{Rhamnose.}} + \underbrace{2C^{26}H^{40}O^{4}}_{\text{Hédéridine.}}$$

Sur la présence de l'iode dans les eaux minérales de Royat. — M. A Dubois. La découverte de la thyroiodine de E. Baumann et E. Boos appelle de nouveau l'attention sur l'importance des traces d'iode qu'on peut rencontrer dans l'air, dans l'eau de mer et dans les eaux minérales.

C'est ainsi que M. Armand Gautier a montré tout récemment que l'iode existe dans l'air et dans l'eau de mer à l'état organique.

Frappé du rôle important que peuvent jouer en thérapeutique des éléments qu'on ne trouve dans les eaux minérales qu'à l'état de traces, la Société des Amis de l'Université de Clermont-Ferrand et la Compagnie des Eaux minérales de Royat ont bien voulu me charger d'étudier les eaux de Royat à ce point de vue. Je suis heureux de leur adresser ici mes remerciements.

Je me suis proposé de doser l'iode dans ces eaux. La présence de l'iode a été signalée par E.-B. Gonod en 1856.

L'année suivante Lefort a repris cette étude et a perfectionné la méthode de Gonod en ajoutant 4 grammes à 5 grammes de potasse caustique à l'eau avant de la soumettre à l'évaporation. En opérant ainsi, Lefort a reconnu sans peine l'existence de l'iode et du brome dans les quatre sources de Royat et de Chamalières.

Mes expériences ont porté sur l'eau de la source Eugénie ; dans une première expérience, j'ai évaporé 5 litres d'eau, à laquelle j'avais ajouté de la potasse caustique jusqu'à réaction alcaline ; cette addition a provoqué un précipité blanc abondant. En opérant avec les eaux de Royat, très

chargées en bases terreuses, cette addition est nécessaire, afin d'éviter la formation d'un iodure de calcium ou de magnésium, très facilement décomposable par l'acide carbonique que contiennent ces eaux. Pour la suite des opérations, j'ai suivi, en tous points, le procédé que M. Gautier a décrit dans son mémoire : *L'iode dans l'eau de mer*. Je n'ai pas trouvé d'iode dans ces conditions.

J'ai alors recherché si l'iode ne se trouverait pas à l'état organique; par la fusion du résidu de l'évaporation de 4 lit. 50 d'eau avec de la potasse pure, au creuset de nickel, j'ai trouvé 1/6 de milligramme d'iode, ce qui fait pour 1 litre, 1/25,8 ou 0 mgr.04.

On sait que les matières organiques iodées de l'eau de mer sont azotées et paraissent riches en manganèse et en phosphore. Or, le manganèse et le phosphore ont été caractérisés dans les eaux de Royat par Lefort, ainsi qu'une matière organique riche en chlorure de sodium. Déjà Gonod regardait l'iode des résidus ferrugineux comme combiné au fer et pensait que, s'il échappe à la décomposition, « il le doit à une double combinaison avec la substance organique qui, peut-être aussi, ne fait que le protéger par sa matière résineuse ».

Les expériences de M. Gautier sur l'eau de mer et les miennes sur l'eau de Royat ne laissent plus de doutes; on sait que l'iode existe en combinaisons organiques solubles et insolubles, ces parties restent, après le bain, inhérentes à la peau, qui les absorbe ensuite partiellement, ainsi qu'il résulte des expériences de M. Gallard.

Remarquons encore que le caractère organique de ces combinaisons si énergiques explique cette particularité des eaux minérales de perdre quelques-uns de leurs caractères utiles lorsqu'on ne les utilise pas sur place.

Oscillations nerveuses à la suite des excitations unipolaires ; méthode pour la mesure de leur vitesse de propagation. — M. Charpentier. Dans une série de travaux précédents (1), j'ai démontré que l'excitation faradique des nerfs à l'aide d'un seul pôle de la bobine d'induction (l'autre pôle étant isolé ou mis à la terre) pouvait donner lieu, dans certaines conditions expérimentales, à des phénomènes d'interférence évidemment liés à la production d'oscillations dans le nerf au moment de chaque choc induit. Certaines expériences m'avaient paru prouver la nature physiologique de ces oscillations. Cependant étant donné le caractère oscillatoire des décharges induites à circuit ouvert étudiées par Mouton, j'avais finalement admis la possibilité d'une explication purement physique du phénomène en question.

Mais, depuis cette première série de recherches, les circonstances suivantes me montrèrent qu'en variant les conditions physiques pouvant influer sur la fréquence des oscillations de la décharge, et pouvant même entraîner leur suppression, on ne changeait rien aux phénomènes observés sur le nerf.

J'ai mesuré par exemple la demi-longueur de l'ondulation développée dans le nerf par l'excitation unipolaire et je l'ai trouvée voisine de 2cm (une approximation plus grande n'est pas possible par la méthode directe.)

Or, l'introduction de capacités ou de self-inductions notables sur le trajet de l'excitation, introduction de nature à modifier considérablement la fréquence et par suite la longueur d'onde des oscillations de la décharge, n'apportait pas de changement appréciable dans mes déterminations.

De plus, j'ai pu reproduire ces interférences non seulement avec des courants induits, mais avec des excitations impolaires quelconques (1) : la décharge des condensateurs, la simple ouverture ou fermeture d'un courant de pile direct, sans self-induction appréciable et, par conséquent, sans caractère oscillatoire, permettent de constater des phénomènes analogues.

L'excitation unipolaire détermine donc réellement de véritables oscillations nerveuses.

Si l'on connaissait la vitesse avec laquelle ces oscillations se propagent dans le nerf, il serait possible de calculer approximativement leur fréquence.

J'ai profité de ce que l'excitation faradique unipolaire peut traverser sans perte appréciable des longueurs de nerf relativement grandes chez la grenouille (4cm ou 5cm et plus) pour essayer de mesurer la vitesse de transmission de cette excitation par le nerf. Les difficultés particulières de cette recherche, consistant surtout dans l'inégalité des réactions musculaires, ne m'ont permis de constater qu'une chose, c'est que cette vitesse est du même ordre de grandeur que celui de la vitesse de l'influx nerveux, mesurée expérimentalement par Helmholtz, Marey, Chauveau, etc.

Ces premières constatations ne pouvaient me suffire, et j'ai cherché dans différentes directions une méthode plus satisfaisante. Celle à laquelle je me suis arrêté dans ces derniers temps, après en avoir essayé un assez grand nombre, m'a paru nouvelle dans son principe. Elle m'a conduit déjà à des résultats dignes d'attention, mais elle pourra être plus féconde dans l'avenir si, comme je l'espère, je puis disposer d'instruments plus précis que ceux que j'ai dû improviser avec le matériel courant de mon laboratoire.

Je me contenterai, pour le moment, d'indiquer le principe de cette méthode :

Partant de cette idée que l'excitation électrique provoque des oscillations dans le nerf, j'ai cherché à limiter aussi parfaitement que possible cette excitation comme étendue et comme durée. J'ai employé des courants de pile très brefs (durée : de $0^s,00003$ à $0^s,0003$), et j'ai cherché à éviter leur diffusion au delà du point excité, en n'employant que des courants faibles, d'une intensité voisine du minimum efficace : pour cela, le conducteur venant de la pile traversait un rhéostat à liquide très résistant et facilement réglable (modèle de M. Th. Guilloz).

Une excitation unipolaire était ainsi produite en un point, ainsi que les alternatives périodiques d'affaiblissement et de renforcement qu'elle développe après elle.

Or une nouvelle excitation identique, produite un moment après et portée *par un autre conducteur en un autre point du nerf* plus ou moins distant du premier, ne trouvera pas le nerf dans un état toujours le même : en effet, d'après le temps écoulé depuis la première excitation, la seconde se produira à des phases variables de l'oscillation consécutive, et cette oscillation elle-même, suivant la distance des deux points et la vitesse de sa propagation dans

(1) *Comptes rendus*, 3 juillet 1893. — *Société de biologie* ; 1893 à 1896. — *Archives de physiologie* ; 1893 à 1896.

(1) Je n'ai pas besoin de rappeler que les conditions d'efficacité et de puissance des différentes variétés de courants unipolaires ont été fixées avec la plus grande précision par M. Chauveau.

le nerf, aura subi, avant d'arriver au second point, un retard plus ou moins grand.

Par conséquent, si sur deux points déterminés du nerf on produit deux excitations identiques, *séparées par des intervalles de temps variables* (de l'ordre des dix-millièmes de seconde), on constatera des *oscillations* dans l'intensité de la réaction musculaire provoquée. Pour un certain intervalle, cette réaction sera nulle ; elle reparaîtra, augmentera, puis diminuera pour des intervalles de temps croissants, et s'annulera de nouveau pour un autre intervalle déterminé.

De la connaissance de ces intervalles de temps et de celle de la distance qui sépare les deux points du nerf successivement excités, on peut déduire facilement, à l'aide de plusieurs expériences comparatives, les notions suivantes : celle que nous recherchons en premier lieu, la vitesse de propagation de l'oscillation développée dans le nerf ; d'autre part, la durée d'une oscillation, indiquée directement par l'intervalle de temps correspondant à la production de deux minima successifs : la fréquence des oscillations nerveuses en résulte immédiatement ; quant à leur longueur d'onde, elle se calcule d'après les données expérimentales qui précèdent ; on pourrait d'ailleurs la rechercher sur le nerf lui-même en déterminant deux positions successives de la seconde électrode pour laquelle se produit l'interférence.

J'indiquerai dans une note ultérieure le dispositif que j'ai adopté et, malgré leur caractère encore provisoire, les premiers résultats obtenus. Il me suffira de dire aujourd'hui qu'ils se sont montrés conformes à mes prévisions.

Lierre et hédérine. Etude physiologique et toxicologique. — A. Joanin (1.) De tout temps, le lierre a été considéré comme une plante suspecte et dangereuse. Si l'on a pu lui reconnaître de nombreuses propriétés thérapeutiques et si quelques auteurs ont pu recommander les fruits de cette plante comme purgatifs, l'emploi du lierre comme plante médicamenteuse est actuellement tombé dans l'oubli. Néanmoins, les fruits de l'*Hedera helix* déterminant assez souvent chez les enfants des phénomènes d'intoxication parfois mortels, l'étude des principes immédiats contenus dans la plante nous a paru digne d'intérêt et ce sont nos premiers résultats que nous présentons dans cette Note.

Nous avons plus particulièrement étudié l'action toxique et physiologique de l'hédérine, glucoside le plus important du lierre, et dont l'étude chimique est l'objet d'une Note spéciale de M. Houdas (2).

Notre expérimentation a porté sur des grenouilles, des cobayes, des lapins et des chiens.

Les animaux à sang-froid sont peu sensibles à l'action de l'hédérine. La dose de glucoside nécessaire pour déterminer la mort d'une grenouille de poids moyen (35 à 40 gr.) est de *cinq milligrammes*. La mort survient très lentement en vingt-quatre ou trente heures. Le seul phénomène que l'on observe est une paralysie lente et progressive.

Il n'en est pas de même pour les animaux à sang chaud. Des doses relativement très faibles de glucoside sont mortelles pour les cobayes et les lapins. Ces doses varient :

De 5 centigr. à 7 centigr. par kilogramme d'animal en injection hypodermique ;

De 3 centigr. à 4 centigr. par kilogramme d'animal en injection intrapéritonéale ;

De 2 centigr. à 3 centigr. par kilogramme d'animal en injection intraveineuse.

Quel que soit le mode d'administration employé, les phénomènes d'intoxication déterminés par le glucoside du lierre restent constants. Les symptômes d'intoxication observés chez les cobayes et les lapins sont peu bruyants et peuvent se résumer ainsi : abattements, frissons, hypothermie souvent très accentuée, météorisme, diarrhée parfois sanguinolente, coma, mort. Les lésions que l'on trouve à l'autopsie sont : congestion très vive des organes de la région sous-diaphragmatique, érosions sanguines et tuméfaction de la muqueuse intestinale, poumons œdémateux et légèrement congestionnés.

Par injection stomacale l'hédérine donne lieu, chez les chiens, à des phénomènes émétiques. Les vomissements sont abondants. L'effet purgatif est également très prononcé.

Sous l'influence de l'hédérine, la pression artérielle baisse d'une façon passagère si la dose de glucosine injectée est faible (0 gr. 10 à 0 gr. 15 pour un chien de 15 kilogr. en injection intraveineuse). Pour des doses supérieures, la chute de la tension est plus prononcée et s'accroît jusqu'à la mort de l'animal.

L'hédérine peut donc être considérée, au point de vue pharmacodynamique, comme un éméto-cathartique. Les lésions qu'elle détermine se rapprochent d'ailleurs beaucoup des lésions observées sous l'influence des drastiques.

La comparaison de l'action toxique exercée par le lierre en nature et de l'action de l'hédérine montre que ce glucoside est la cause d'un certain nombre de symptômes observés dans l'empoisonnement hédérique. Cet empoisonnement se caractérise par des effets émétiques et purgatifs, accompagnés d'ébriété, d'excitation, de secousses convulsives. Les lésions relevées à l'autopsie sont, d'autre part : inflammation plus ou moins vive des voies digestives, engouement des méninges et des poumons.

Les effets émétiques et purgatifs exercés par le Lierre paraissent dus à la présence de l'hérédine dans cette plante. Quant aux accidents nerveux signalés dans les cas d'intoxication connus, ils ne sont certainement pas causés par le glucoside dont nous venons d'indiquer les effets. Peut-être existe-t-il dans le lierre un autre principe actif capable d'influencer le système nerveux et de déterminer les phénomènes d'excitation et les secousses convulsives indiquées. C'est probablement un composé de ce genre qui aura été entraîné dans l'hédérine isolée par Vernet, et qui aura été cause des différences que nous pouvons noter entre les symptômes indiqués par cet auteur et ceux que nous avons toujours rencontrés.

L'action exercée par l'hédérine est constante. Nous l'avons toujours retrouvée semblable dans l'emploi d'échantillons provenant de traitements chimiques différents.

Les conclusions expérimentales que nous présentons sont le résultat de la comparaison de quarante-huit expériences.

Sur un champignon parasite du cancer. — M. J. Chevalier. A la suite de notre communication du 21 mai dernier relative à un champignon parasite du cancer, nous avons pu avec M. le Dr Bra, auteur d'une publication analogue, visée

(1) Travail du laboratoire de Pharmacologie de la Faculté de Médecine de Paris.

(2) Voir plus haut, p. 389.

dans la communication ci-dessus, comparer les préparations faites par chacun de nous ; nous sommes arrivés à l'identification complète des deux parasites. Ce résultat confirme très heureusement nos travaux faits séparément.

Il est juste de reconnaître que M. le Dr Bra a le premier signalé et cultivé ce parasite et nous lui accordons volontiers la priorité de cette publication.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1899. — Présidence de M. Panas.

Vaccinoïde. — M. Hervieux lit un travail qu'il résume ainsi :

Il résulte de ces faits que la vaccinoïde, qu'on désignait autrefois sous le nom de fausse vaccine, est en réalité, d'après les recherches de M. Carteret, de la vaccine vraie, puisque, malgré son développement imparfait, elle peut ou bien fournir au sujet qui la reçoit le complément d'immunité qui lui manque, ou bien, s'il en est complètement dépourvu, la lui restituer tout entière.

M. Carteret a fait, par un sentiment de prudence que nous approuvons, une réserve pour les manifestations hybrides avortées qui se produiraient au point d'inoculation. Quand il s'agit des conséquences graves que pourrait avoir pour la vie ou la santé du sujet une interprétation erronée de la puissance préservatrice du bouton vaccinal, le devoir du médecin est, en cas de doute, de répéter l'inoculation. D'ailleurs, si l'on songe que dans l'armée française on pratique chaque année six cent mille revaccinations sans qu'aucun accident sérieux puisse être signalé, la bénignité de l'opération fera cesser toute résistance.

Radiographie. — M. Laborde fait un exposé complet de l'histoire de la radiographie, rend pleine justice à MM. Barthélemy et Oudin qui, dès la découverte de Rœntgen, en ont trouvé les applications médicales et ont beaucoup perfectionné ces travaux et propose que l'Académie donne une consécration officielle aux recherches de ces jeunes savants en leur décernant le prix Buignet.

Des doses élevées de créosote dans le traitement de la phtisie pulmonaire. — M. Bucquoy lit un rapport sur un travail présenté à l'Académie au mots de juillet dernier par le Dr Camille Savoyre.

L'utilité de la créosote dans le traitement de la phtisie pulmonaire n'est pas en question, mais les opinions divergent quand il s'agit de la dose de ce médicament. L'estomac a une tolérance considérable pour la créosote, un malade de M. Savoyre a pu supporter une dose de 15 gr. par jour pendant plusieurs mois.

Des recherches qu'il a faites depuis 1891, M. Savoyre a tiré ces conclusions :

1° La toxicité de la créosote est très faible, inférieure à un gramme par kilogramme d'animal.

2° L'administration thérapeutique de doses de créosote s'élevant à 6 et 10 gr. et même, dans un cas particulier, à 15 gr. par jour pendant plusieurs mois, n'a provoqué aucun trouble des voies digestives, circulatoires ou urinaires (sauf la coloration noire des urines, qui pour l'auteur n'a aucune signification pathologique).

3° Elle a produit, au contraire, une augmentation notable de l'appétit et de la nutrition, se traduisant par l'augmentation de poids ; des modifications rapides et profondes de la toux, des sueurs, de la fièvre et surtout de l'expectoration ; la disparition des bacilles dans un grand nombre de cas ; une amélioration notable du malade et parfois la guérison qui se maintint pendant une période de temps plus ou moins longue.

Le point intéressant dans ces recherches est la question de dose. Il ressort de ces observations que l'estomac supporte bien la créosote à dose élevée. Dans les cas si nombreux de dyspepsie qu'on observe au début de la phtisie pulmonaire, M. Bucquoy a trouvé que la créosote était le meilleur médicament.

Il faut savoir si, en nous bornant aux doses de créosote habituellement employées dans le traitement de la phtisie pulmonaire, nous ne restons pas au-dessous de la dose thérapeutique.

On a contesté souvent l'utilité de la créosote dans la tuberculose pulmonaire. M. Savoyre a constaté lui-même que la créosote n'avait aucune influence sur la vitalité du bacille tuberculeux, mais elle en a beaucoup sur les toxines du bacille de Koch.

Une grande part est encore laissée ici à l'hypothèse, mais en admettant l'action chimique de la créosote sur les toxines du bacille, elle permet de comprendre l'utilité des doses élevées.

Goître basedowifié. — M. Richelot présente une malade atteinte d'un goître qui n'est ni le goître simple ni le goître exophthalmique et que M. Morestin, assistant de M. Richelot, appelle le goître basedowifié. Cette dame avait de l'exophthalmie, de la tachycardie. M. Morestin s'est borné à faire une incision sur le côté droit du corps thyroïde et à enlever une partie du tissu thyroïdien. Depuis les phénomènes du goître exophthalmique ont complètement disparu.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la tuberculose pulmonaire et de l'influence du terrain sur la durée de son évolution. — M. Catrin (de Valenciennes) lit un travail d'où il tire ces conclusions :

L'hérédité de la tuberculose n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée.

La région du Nord de la France présente certaines particularités relatives à la tuberculose. Le premier corps d'armée est celui qui a la morbidité tuberculeuse la plus faible.

L'évolution de la tuberculose est particulièrement lente dans la région du Nord.

Ce ralentissement du processus tuberculeux est probablement dû à la constitution et à la race, car les conditions hygiéniques sont très défectueuses dans la région.

Cette longue durée de l'évolution de la phthisie dans le Nord fait qu'il y a dans ce pays un grand nombre de tuberculeux, mais elle laisse espérer de plus grand succès thérapeutiques que partout ailleurs.

Traitement des affections broncho-pulmonaires et en particulier de la tuberculose par les injections intra-trachéales d'huiles volatiles. — M. Mendel présente un traitement des affections broncho-pulmonaires, et en particulier de la tuberculose, basé sur les propriétés bactéricides des huiles volatiles. Son choix s'est porté sur les essences de thym, d'eucalyptus et de cannelle en solution dans l'huile d'olives stérilisée et injectée dans la trachée ; à ces substances, il joint, suivant le cas, le bromoforme, l'iodoforme, le gaïacol et le menthol. L'injection intra-trachéale

qui a déjà été employée par quelques médecins est facile à pratiquer et ne provoque pas le moindre accès de toux, ni le moindre réflexe, car la muqueuse trachéale est fort tolérante et les zones réflexigènes comme l'épiglotte et le vestibule du larynx ne sont pas touchés par le liquide.

M. Mendel a traité par cette méthode 18 malades, dont 16 tuberculeux, une bronchite aiguë et une dilatation bronchique; il pratiquait chaque jour une injection intra-trachéale de 9 cc. en trois seringues consécutives; ces malades ont suivi ce traitement de quinze jours à deux mois, quelques-uns sont encore en traitement.

Au point de vue symptomatique, les résultats sont la diminution ou la disparition très rapide de la toux et de l'expectoration, le retour du sommeil, de l'appétit et des forces; l'augmentation du poids.

L'auscultation ne fait pas constater de modification notable chez les tuberculeux du premier degré; par contre, chez ceux qui présentent des râles humides ou caverneux, on constate, en huit ou quinze jours, la diminution considérable ou même la disparition totale de ces râles humides, en d'autres termes, l'assèchement rapide des bronches et des cavernes.

En définitive, il s'agit ici d'une inhalation intense qui s'effectue au sein même des organes respiratoires, puisque l'huile injectée descend en suintant dans la trachée et s'étale au niveau de la bifurcation des bronches. Les émanations volatiles se dégagent, saturent l'air intra-pulmonaire et vont influencer la muqueuse respiratoire aussi loin que pénètre l'air. D'où disparition des râles humides.

Si la submatité, la diminution respiratoire, les craquements, signes de début, ne varient pas, c'est que vraisemblablement les lésions correspondantes se trouvent en dehors du courant d'air respiratoire, mais ce traitement guérit la congestion spécifique qui les circonscrit.

Traitement de la lèpre par les injections sous-cutanées d'huile de chaulmogra. — M. le Dr Courtoulis Bey (du Caire) a obtenu une guérison presque parfaite chez un malade très atteint, par les injections hypodermiques répétées pendant plusieurs mois.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Huchard sur les candidats à la place de titulaire dans la section de thérapeutique.

Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : en 1re ligne M. Hutinel; en 2e ligne *ex æquo* MM. Du Castel et Sevestre; en 3e ligne, MM. Balzer, Bardet, Moutard-Martin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 juin 1899. — Présidence de M. Raymond.

Colique saturnine et appendicite. — M. Le Gendre. M. Sergent a publié deux observations d'appendicite chez des saturnins, appendicites qui rappelaient beaucoup le tableau clinique de la colique de plomb; à ce propos, il conseille, en présence d'une colique saturnine, de ne pas administrer immédiatement les drastiques, mais de donner uniquement de la morphine pendant un jour ou deux, de manière à pouvoir préciser le diagnostic en éliminant l'appendicite. Avec mon interne, M. Leroy, j'ai observé un saturnin, ayant des accidents avérés de saturnisme aigu, offrant un liseré plombique des plus nets, qui est entré à l'hôpital pour des coliques abdominales : le malade se croyait atteint de coliques de plomb, la douleur était identique à celle qu'il avait éprouvée aux crises précédentes, et c'est le diagnostic de coliques de plomb qui avait été porté par un médecin; mais le pouls était rapide, la température un peu élevée, la douleur localisée au point de Mac Burney. On avait affaire à une appendicite, qui finit par guérir sans opération.

Chez un deuxième malade, j'ai vu une crise appendiculaire succéder à une colique de plomb. Le malade, broyeur de minium, était entré à l'hôpital avec la symptomatologie franche d'une colique de plomb : constipation absolue, douleur abdominale diffuse soulagée par les pressions larges et profondes, ventre aplati, vomissements bilieux, lenteur du pouls (42), apyrexie (37,2 R), foie petit, absence d'albumine, tout permettait d'affirmer le diagnostic, et de fait le malade guérit rapidement par les drastiques, mais quelques jours plus tard les douleurs abdominales et les vomissements réapparurent; le ventre se ballonna, la température dépassa 39, le pouls devint rapide, du subictère apparut et la douleur, non soulagée par les pressions profondes, se montra maxima dans la fosse iliaque droite. L'évolution ultérieure montra qu'on était réellement en présence d'une appendicite; M. Chaput fut d'avis d'intervenir, mais le malade se refusa à toute opération et je pensai qu'on pouvait temporiser Cette crise appendiculaire ne tarda pas à guérir par le traitement médical.

Les deux diagnostics posés successivement pour les deux crises douloureuses sont inattaquables; le malade a eu, sans aucun doute, une appendicite succédant à une colique saturnine.

Quel lien doit-on admettre entre ces deux états ? Une simple coïncidence est peu vraisemblable. L'action directe du plomb pourrait peut-être expliquer les accidents en créant, dans l'appendice, une prédisposition à l'infection. Mais alors on devrait rencontrer plus souvent l'appendicite chez le saturnin; c'est là, du reste, une question d'étiologie à étudier plus en détail.

M. Le Gendre est disposé à admettre un rôle joué par la médication drastique intensive, mise en œuvre si souvent chez les saturnins, d'autant mieux qu'il a vu, chez un individu non saturnin atteint d'embarras gastrique, une purgation d'eau-de-vie allemande (20 gr.) être suivie d'un état cholériforme avec crise appendiculaire. On pourrait rapprocher de ce fait le cas de MM. OEttinger et Reclus, où un lavement de sublimé détermina, chez une femme, de la colite avec appendicite.

M. Florand cite l'observation d'une jeune fille qui, ayant été prise de coliques abdominales très vives, fut soignée par un chirurgien, qui ouvrit le ventre immédiatement et ne trouva rien. Trois mois plus tard les mêmes accidents se montrèrent de nouveau. M. Florand pensa à une colique de plomb, et trouva la cause de l'intoxication dans le maniement de couleurs à base de plomb, le pinceau étant fréquemment porté à la bouche.

La médication cacodylique. — M. Danlos a le premier introduit dans la thérapeutique l'acide cacodylique; M. A. Gautier lui avait signalé ce composé arsenical, déjà étudié par Bunsen et Rabuteau. Après avoir vérifié son innocuité presque complète, il se décida à l'employer à haute dose dans les affections cutanées. Il l'utilisa intus et extra : à l'extérieur, sous forme de solutions concentrées (50, 70 0/0)

d'acide cacodylique ; à l'intérieur, par voie buccale et par voie hypodermique.

Pour l'ingestion, il conseille la formule suivante :

Cacodylate de soude.	2 gr.
Rhum..... / Sirop de sucre.....	ãã 20 gr.
Eau distillée.....	60 gr.
Essence de menthe...	II gouttes

Une cuillerée à café renferme 0,10 de cacodylate de soude.

On peut aussi prescrire des pilules de :

Cacodylate de soude..	0 gr. 10
Extrait de gentiane...	Q. S.

Pour la voie hypodermique, on emploiera :

Chlorhydrate de morphine.	0,025
— de cocaïne...	0,10
Chlorure de sodium.....	0,20
Cacodylate de soude.....	5
Eau phéniquée à 5 0[0.....	II gouttes
Eau distillée.....	Q. S. p. 100 cc.

Les doses peuvent être portées très loin. Cherchant, dans les dermatoses, la saturation arsenicale de l'organisme, M. Daulos est arrivé à donner *pro die* pendant plusieurs semaines 0 gr. 40 à 0 gr. 60 de cacodylate aux hommes, 0 gr. 30 aux femmes par la voie buccale ; par voie hypodermique, il n'a pas dépassé 0 gr. 40 par jour, mais on peut donner cette dose pendant deux mois consécutivement.

Les avantages de la médication cacodylique consistent dans la possibilité de faire absorber, sans danger, aux malades, des doses colossales d'arsenic ; l'acide cacodylique et le cacodylate de soude, très solubles, très riches en arsenic (50 0[0) sont très peu toxiques. De plus, les injections sous-cutanées sont à peu près inodores.

Les seuls inconvénients observés ont été : une odeur alliacée de l'haleine, des selles très fétides, quelquefois des coliques, quelquefois des poussées de dermatite exfoliatrice fébrile ; un autre inconvénient à signaler, c'est l'existence dans l'organisme d'une quantité considérable d'arsenic, en sorte que, si on n'était pas prévenu, on pourrait, dans une autopsie médico légale, croire à un empoisonnement.

Dans le *psoriasis*, chez plus de 60 malades, les résultats ont été extrêmement encourageants ; la guérison est fréquente, mais les récidives ne sont pas rares, et l'on voit assez souvent des poussées nouvelles se faire au cours même du traitement, en sorte que l'acide cacodylique ne peut être considéré comme un spécifique du psoriasis.

Dans le *lichen plan généralisé* le prurit diminue par la médication cacodylique. Dans le *lupus érythémateux*, la *maladie du Duhring*, le traitement interne amène des améliorations, mais le résultat a été nul dans l'*acné pustuleux*, dans le *lupus ordinaire* et dans le *mycosis fongoïde*.

Hyperglobulie et splénomégalie. — M. Vaquez a signalé un cas analogue à ceux rapportés récemment par MM. Rendu et Widal et par MM. Moutard-Martin et Lefas. L'hyperglobulie, tout d'abord attribuée à une lésion congénitale du cœur, ne s'accompagnait comme lésion que d'une hypertrophie considérable de la rate et du foie. La cyanose, également notable dans ce cas, ne se retrouve pas dans celui de MM. Moutard-Martin et Lefas. M. Vaquez ne pense pas que ce soit un phénomène lié forcément à l'hyperglobulie, et le véritable intérêt réside dans l'association de ces deux symptômes : augmentation plus ou moins considérable du nombre des globules rouges et hypertrophie splénique.

SOCIETÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 10 mai 1899. — Présidence de M. L. Dufournier.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu par M. Dorison, secrétaire, est adopté.

M. Billon, Secrétaire général, donne lecture de la correspondance qui comprend, en outre des journaux habituels, une lettre de M. Séailles qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, une lettre de M. Rescoussié, qui remercie la Société de son élection comme membre titulaire, une lettre de M. Derouin, Secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique, qui exprime ses regrets de ne pouvoir mettre à la disposition de la Société, pour l'emplacement de la bibliothèque, une des pièces de la maison de secours, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie.

M. Billon annonce la mort de M. Le Sourd, membre associé libre national, Directeur de la *Gazette des hôpitaux*, aux obsèques duquel la Société a été représentée par son secrétaire général.

Il fait part à la Société du succès des démarches de M. L. Gourichon, démarches longues et répétées, dont on doit lui être très reconnaissant, à propos de l'exonération de la taxe sur les bicyclettes des médecins de l'assistance à domicile.

Le Bulletin municipal officiel du 23 avril publie le décret en date du 15 avril par lequel sont réinstitués dans leurs fonctions de médecins de l'Assistance médicale, pour une période de trois années, à partir du 1er janvier 1899, date de l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les docteurs en médecine actuellement en exercice dont les noms suivent :

1er Arrondissement. — MM. Carpentier-Méricourt, Boissier, Richard (Paul), Richard (Ernest).

2e Arrondissement. — MM. Marx, Pascalis.

3e Arrondissement. — MM. Cahn, Rueff, Régeard, Liandier, Régnier, Jarry, Planet.

4e Arrondissement. — MM. Vigouroux, Guyard, Soudée, Garnier, Henszel, Froger.

5e Arrondissement. — MM. Deffaux, Gervais, Delisle, Planès.

6e Arrondissement. — MM. Guillier, Le Coin, Foucart, Pruvost.

7e Arrondissement. — MM. d'Aurelles de Paladine, Allix, Tolédano, Meugy.

8e Arrondissement. — M. Billon.

9e Arrondissement. — MM. Moulard, Besnier, Frasey, Laskine.

10e Arrondissement. — MM. Barbulée, Rotillon, Fissiaux, Hennocque, Piérin, Pignol, Mathieu, Hischmann, Daniel.

11e Arrondissement. — MM Miquel, Pasteau, Montignac, Calmeau, Naudet.

12e Arrondissement. — MM. Gourichon (Louis), Bloch, Dambax.

13e Arrondissement. — MM. Langlois, Pellegrin, Laurent, Vissaguet, Cazeau, Gresset.

14e Arrondissement. — MM. Barbillion, Lartigue, Bonne, Pierin, Coumetou, Desforges, Royer, Lafont.

15e Arrondissement. — MM. Destrem, Doury, Dufour, Lagelouze, Marieux, De Pradel, Puech, Fournioux.

16e Arrondissement. — MM. Amat, Barbe, Dufournier, Iscovesco.

17e Arrondissement. — MM. Demay, Séailles, Fabre, Laffitte, Aubert, Hautecœur.

18e Arrondissement. — MM. Gaspais, Hamaïde, Journiac, Glover, Poupon.

19e Arrondissement. — MM. Laurent, Calton, Huguenin, Thominet, Lomier.

20e Arrondissement. — MM. Brohon, Schrœder, Delarue, Dufestel, Braumberger, Kinzelbach, Ertzbischoff, Cart, Balland, Ballouhey.

M. Billon communique une proposition de M. Brard au Conseil municipal déposée à la séance du 8 mai et ainsi conçue : « La cinquième commission, d'accord avec l'Administration, est invitée à étudier un projet conférant à tous les médecins sans distinction le titre de médecin du bureau de bienfaisance ». M. Brard croit devoir, à l'appui de sa motion, signaler l'éloignement de plusieurs médecins du centre de leur circonscription et l'utilité qu'il y aurait pour les indigents de pouvoir s'adresser au médecin demeurant le plus près de leur domicile.

M. Dorison fait remarquer que tous les médecins se conforment, quant à leur domicile, aux prescriptions du règlement; si ces dernières semblent mauvaises à M. Brard, il semble qu'il serait plus logique d'en demander la revision plutôt que de désorganiser un service qu'il a fallu de longues années pour mettre sur pied : d'ailleurs les indigents peuvent toujours faire appel, soit au médecin de leur circonscription, soit à l'un des médecins du bureau habitant cette circonscription. Il paraît donc que les intérêts des malheureux sont sauvegardés autant que possible.

M. Billon ajoute que si les modifications au règlement du concours, proposées par la Société sont adoptées par le Conseil de surveillance, les inconvénients que signale M. Brard n'existeront certainement plus.

A propos de la discussion sur la vaccination. — M. Tournier fait connaître qu'à la suite de la communication du mois de janvier dernier, M. le Dr Saint-Yves-Ménard est venu lui rendre visite et lui a déclaré qu'il n'était jamais entré dans l'esprit des médecins de l'Institut vaccinal de prendre la place des médecins de l'assistance à domicile, et qu'à l'avenir ils ne toucheraient plus les jetons de vaccination. Pour ce qui est de la question des tubes de vaccin, M. Saint-Yves-Ménard a expliqué les raisons techniques qui font préférer le vaccin pris directement sur la génisse au vaccin conservé dans des tubes, les résultats sont toujours favorables dans le premier cas.

Compte rendu du Congrès contre l'alcoolisme. — M. Billon, secrétaire général, donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. Noir, délégué de la Société au Congrès, et qui s'excuse de ne pouvoir venir ce soir.

« J'ai assisté à plusieurs séances de ce Congrès qui a été fort réussi et où il y avait beaucoup d'étrangers. J'ai lu à la section de propagande au nom de notre Société mon petit travail, j'ai été fort applaudi par les nombreux et nombreuses congressistes, car les femmes, surtout à l'étranger, prennent une part très-active à la lutte contre l'alcoolisme. Le Président de la section, M. Marillier, a poussé l'amabilité à mon égard jusqu'à me donner la parole le premier, pour m'éviter d'attendre mon tour plusieurs heures, et aucun des nombreux orateurs inscrits avant moi n'a songé à protester. Mon sentiment est qu'on a apprécié beaucoup l'intervention des médecins publics dans ce congrès et que notre Société n'aura qu'à gagner à continuer l'étude de ces importantes questions d'hygiène sociale. »

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — M. Rotillon fait part de quelques décisions prises par le Conseil de surveillance et qui peuvent intéresser la Société.

Le dispensaire du XIIe arrondissement, qui se trouve actuellement dans une annexe de l'hôpital Saint-Antoine, rue de Citeaux, va être transféré rue Dubrunfaut, à côté du dispensaire déjà existant à cet endroit.

Les maisons de secours de la rue Saint-Bernard (XIe arrond.) et de la rue Jenner (XIIIe arrond.), vont être transformées en dispensaires.

La consultation du dimanche fonctionne définitivement dans les hôpitaux : ce nouveau service coûtera une vingtaine de mille francs à l'Assistance publique.

Les chefs de service des hôpitaux sont autorisés à donner des consultations à l'hôpital, à condition de faire *eux-mêmes* leur consultation et de ne pas délivrer de billets d'entrée à l'hôpital.

Après une importante discussion la construction d'un service de tuberculeux à l'hôpital Saint-Antoine a été ajournée malgré une voix de majorité : il semble préférable de placer ces services spéciaux à la campagne, dans les environs de Paris.

Les ordonnances des hôpitaux, cliniques et dispensaires privés ne devront plus être exécutées par les pharmaciens des dispensaires. Sur une observation de M. Dorisson, la Société émet l'avis que si ces ordonnances sont présentées aux médecins de l'Assistance à domicile, et que ceux-ci les recopient pour en permettre l'exécution, ils ne le feront que s'ils le jugent convenable et sous leur responsabilité personnelle.

Le Conseil de surveillance a décidé que toute plainte formulée contre un médecin et retenue par l'Administration devra être signifiée immédiatement à l'intéressé. (On se rappelle que le bureau de la Société a déjà fait une démarche en ce sens auprès de M. le Directeur de l'Assistance publique : dans un prochain entretien avec M. Napias, il lui sera demandé de ne pas oublier sa promesse de lancer une circulaire à ce sujet).

Réglementation nouvelle des concours. La commission chargée par le Conseil de surveillance d'étudier les questions relatives au Concours, que la Société a soulevées, a été d'avis : 1° que les pharmaciens tenant officine ouverte ne pourront être candidats; 2° que les médecins titulaires pourront changer d'arrondissement sans être obligés de concourir à nouveau ; les places seraient accordées dès que les vacances se produiraient; les médecins désirant permuter seraient donc invités à faire connaître leur désir à l'Administration aussitôt que possible. Quant aux médecins qui seront nommés ultérieurement, la Commission admet la suppression du concours par arrondissement et le classement général sur une liste unique d'après le nombre de points obtenus; elle propose, en outre, de former, à la suite de chaque concours, deux catégories : la première comprendrait un nombre de candidats égal au double du nombre des places mises au concours, la seconde comprenant les autres; tous les médecins nommés qui feraient partie de la première catégorie, jouiraient de la prérogative de

pouvoir permuter comme les médecins anciennement nommés ; mais si un médecin, faisant partie de la 2e catégorie, obtient une place par suite du désistement de tous les candidats appartenant à la 1re catégorie, il sera nommé définitivement titulaire, mais il ne jouira pas de la faculté de permutation. Toutefois, il lui sera loisible de prendre part à un concours ultérieur, et, dans ce cas, il lui serait accordé une avance d'un certain nombre de points.

M. Sebillotte trouve qu'il serait plus avantageux pour ce confrère de n'être nommé qu'à titre provisoire et d'être obligé de concourir dans tous les cas l'année suivante; la Société ne partage pas cette manière de voir et se rallie au projet adopté par la Commission.

Du rang occupé par le médecin qui permutera.—M. Castinel demande à la Société d'exprimer son opinion sur le rang à affecter dans son nouvel arrondissement à un médecin venu par permutation d'un autre Bureau de Bienfaisance. Après une discussion animée à laquelle prennent part M. L. Gourichon et Castinel d'un côté et MM. Kinzelbach, Billon, Gibert, Malbec, Sebillotte, etc., de l'autre, la Société décide que le médecin qui veut passer dans un autre arrondissement obtient déjà une faveur par suite de sa permutation et qu'il n'est pas légitime de lui accorder encore une priorité sur ses collègues déjà installés dans l'arrondissement de son choix ; en conséquence, la Société émet le vœu que le nouvel arrivant prenne rang après le dernier titulaire (médecin du traitement à domicile et médecin de la consultation), tout en conservant, au point de vue des récompenses honorifiques en général, l'ancienneté qu'il a acquise par les services rendus à l'Assistance publique.

Consultation gratuite des hôpitaux. — Le rapport de M. Dorison sur la suppression des consultations hospitalières, sur les modifications à apporter dans le service des médecins de consultation et dans l'organisation des Dispensaires est adopté, après suppression, sur la proposition de M. Malbec, d'un alinéa relatif à la maison Dubois. Les conclusions de ce travail, qui a été imprimé et distribué à tous les membres de la Société, sont les suivantes :

1° La consultation externe des hôpitaux sera supprimée ;

2° L'admission des malades à l'hôpital sera prononcée par les médecins des Bureaux de Bienfaisance ;

3° Des externes en nombre suffisant seront mis à la disposition des médecins chefs de service pour aider ces derniers dans l'accomplissement de leur mission ;

4° Tous les médicaments inscrits au Codex et le lait figureront à la nomenclature des Bureaux de Bienfaisance et les médecins seront autorisés à en prescrire des doses suffisantes pour éviter aux malades des pertes de temps et des dérangements répétés ; les bains pourront être prescrits au moins à la consultation des maladies de la peau.

5° Des dispensaires généraux dépendant des Bureaux de Bienfaisance seront créés pour les maladies de la peau, des yeux, des oreilles, du nez, des dents, etc., avec des médecins spécialistes et des dentistes à leur tête. Cette création permettrait aux médecins des Dispensaires ordinaires d'envoyer à ces spécialistes ceux de leurs malades atteints des maladies précitées, soit pour y être traités, soit pour s'y faire délivrer les certificats administratifs hors de notre compétence.

6° L'indemnité annuelle des médecins de la consultation des Dispensaires sera relevée.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire des séances,
Dr Dorison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Traitement des hémorroïdes. — M. Berger. Depuis plus de 25 ans, je fais la volatilisation et jamais, au grand jamais, je n'ai eu l'ombre d'incident, jamais d'infection, et très peu sinon pas de douleurs. D'où je reste fidèle à ce procédé, aussi bénin que réellement efficace.

M. Tuffier. Les hémorrhoïdes parfois ne réclament aucune intervention et, dans la plupart des cas, ce sont les accidents accompagnant les hémorrhoïdes qui déterminent les indications opératoires.

Dans certains cas de douleurs, la dilatation suffit lorsqu'une seule hémorrhoïde saigne, ce qui est fréquent; il suffira de lier cette hémorrhoïde, et lorsqu'il y a procidence de la muqueuse, l'opération de Whitehead reprend toute sa valeur.

En face d'un hémorrhoïdaire, je fais d'abord la dilatation et je vois ce que sont les hémorrhoïdes ; s'il n'y a pas de prolapsus, je me contente de la cautérisation ignée ou de la résection partielle ; s'il existe de la procidence, je pratique l'opération de Whitehead.

M. Reclus. Si nous ne pouvons pas douter de l'excellence de tous les procédés préconisés contre les hémorrhoïdes, nous devons cependant pouvoir parler de la supériorité de l'excision sanglante.

Quand il y a peu d'hémorrhoïdes, j'enlève peu de la muqueuse, mais s'il existe un bourrelet total, je fais l'ablation de l'amas circonférentiel.

Pour éviter l'hémorrhagie, il faut inciser à l'union de la peau et de la muqueuse et aussi en pleine muqueuse saine. La question de douleur est parfaitement subjective. La douleur dépend des individus, cela est vrai, mais il me semble que l'élément douleur est beaucoup moindre dans l'exérèse.

Rétrécissement inflammatoire du cœcum. Résection partielle du cœcum. Guérison. — M. Gérard Marchant fait un rapport sur une observation adressée par M. A. Demoulin. Chez une malade atteinte de symptômes analogues à ceux de l'occlusion intestinale, après avoir constaté l'intégrité du cœcum, il vit une tumeur appliquée sur la paroi du cœcum et du volume d'une grosse noix. Craignant que cette tumeur fût de nature tuberculeuse, M. Demoulin se résolut à enlever la tumeur, et après suture complète du cœcum, le tout fut rentré dans le ventre. La malade guérit sans incident. A l'examen histologique on constata que la tumeur était formée de tissu cicatriciel.

Je dois rapprocher de l'observation de M. Demoulin l'histoire d'une malade qui me fut amenée avec des phénomènes d'obstruction intestinale et chez laquelle on trouva une masse intestinale englobée par des adhérences anciennes et qui étaient exclusivement constituées par du tissu cicatriciel à côté des tuberculose ou des cancers de l'intestin.

Tumeur du cœcum. Résection partielle du cœcum. Présentation des pièces par M. Monod. F. Verchère.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les compagnies d'assurances-accidents et la « Financière médicale »

Nous n'avons pas cru devoir parler jusqu'à ce jour des

propositions faites aux médecins de France par le *Concours médical*. Il nous paraissait impossible d'admettre la réussite d'un projet que tous ceux qui ont étudié d'un peu près les questions d'assurances considéraient comme absolument irréalisable. Personne d'ailleurs, dans la presse médicale, n'a voulu discuter cette question qui, au point de vue déontologique, soulève de si graves objections.

Mais voici que plusieurs de nos associations départementales s'en sont émues, que la Société de la Gironde vient de voter un ordre du jour très net que nous reproduisons plus loin, enfin que la commission nommée par elle en vue d'étudier les résolutions à prendre transmet à toutes nos sociétés locales la délibération suivante :

« Les délégués des différents groupes médicaux de la Gironde, réunis en commission, sous le patronage de l'Association, dans le but d'élaborer un tarif d'honoraires à proposer aux compagnies et aux sociétés mutuelles d'assurances contre les accidents, approuvent l'ordre du jour de l'assemblée générale de l'Association du 28 mai dernier mettant en garde les médecins contre toutes les combinaisons financières ayant pour résultat leur contribution pécuniaire à la fondation de sociétés d'assurances contre les accidents ou à la constitution de leur fonds de garantie.

« Et prient le Conseil général de donner la publicité la plus grande à cette décision qui leur paraît sauvegarder les intérêts moraux et matériels du corps médical. »

Dans ces conditions, il nous paraît nécessaire d'exposer la question telle qu'elle a été soulevée par le *Concours médical* et de dire pourquoi nous ne pouvons que nous rallier aux vœux émis par nos confrères de la Gironde.

Le 1er avril dernier le *Concours médical*, parlant de la loi nouvelle sur les accidents du travail et protestant avec autant d'énergie que de raison contre la situation faite parfois aux médecins par certaines compagnies d'assurances contre les accidents, proposait la création « d'une compagnie d'assurances-accidents d'après les exigences de la loi et des règlements d'administration publique qui s'y rapportent, compagnie qui pourrait *seule* compter sur le concours des médecins, profiterait *seule* de leur influence, de leurs consciencieux efforts, de leur esprit d'équité et qui reconnaîtrait enfin nos services : 1° en nous accordant des honoraires légitimes (en moyenne 25 francs par sinistre constaté, soigné et liquidé) ; 2° en nous réservant dans la constitution de son capital le chiffre d'actions que chacun de nous aurait souscrit.

« Des études préliminaires que nous avons faites sur ce projet, ajoutait la commission du *Concours médical*, il résulte de la façon la plus claire que cette compagnie aura conquis rapidement une place prépondérante et quasi exclusive. »

Si M. le Dr Cézilly avait donné suite à cette idée première, nous aurions protesté en rappelant une fois de plus le danger auquel on s'expose en s'occupant d'affaires financières aussi graves, aussi compliquées, aussi difficiles à bien mener alors que l'on ne connaît rien ou presque rien de l'organisation ou du fonctionnement des Compagnies d'assurances. Nous aurions fait voir que les Compagnies anciennes, celles qui ont pu acquérir des immeubles et des valeurs à des taux inconnus aujourd'hui, celles qui ont une puissance et une influence considérables, arrivent à peine à donner 3 p. 100 d'intérêt à leurs actionnaires. Nous aurions rappelé le nom de celles qui ont sombré. Nous aurions expliqué pourquoi les industriels s'adresseront toujours de préférence à des compagnies à primes fixes plutôt que de confier leur argent à des mutuelles qui, en raison des exigences de la loi nouvelle, sont exposées à des risques aléatoires.

Mais ce projet a été abandonné. Après étude, le *Concours médical* a préféré s'adresser à une société d'industriels en voie de formation, à l'*Union industrielle*.

Croyant à la réussite de la Compagnie d'assurances contre les accidents que prétend fonder, sous le nom de *la Participation*, M. Eugène Pierre, courtier d'assurances à Pantin, le directeur du *Concours médical* a engagé ses confrères à faire vivre cette compagnie. La *Financière médicale*, créée par l'apport de 100 francs au moins que lui verseraient les médecins qui voudraient en faire partie, cautionnerait et contribuerait à administrer la nouvelle Compagnie d'assurances mutuelles que l'on a l'espérance de voir réussir. En échange de leurs versements les médecins recevraient — on ne dit plus 25 francs par sinistre — les honoraires du tarif ouvrier, c'est-à-dire 5 francs par chaque certificat rédigé ; plus *un dividende annuel moyen supérieur à 5 p. 100* (*Concours médical*, p. 197).

Se croyant assurés de placer leur argent à un taux aussi élevé et certains de voir cet argent servir de cautionnement à une compagnie dont on leur disait le plus grand bien ; convaincus d'ailleurs que leur honoraires comme médecins-experts de la nouvelle Compagnie d'assurances seraient de 600 ou 800 francs au moins chaque année, un assez grand nombre de médecins ont souscrit les actions qui leur étaient offertes.

Mais bientôt on est forcé de reconnaître qu'il ne s'agit plus d'un placement rémunérateur mais d'une œuvre de défense comportant certains risques.— « Nous avons voulu avant tout organiser une œuvre de défense : la souscription témoigne que quelques médecins ont paru penser aussi à une bonne affaire. » Et le *Concours médical* (p.253) ajoute : « Nous avons souhaité...que chacun de nous fît un petit sacrifice dont nous serons surtout récompensés par *le relèvement de nos honoraires*... En revanche quand nous avons dit que la *Participation* verserait un intérêt de 5 p. 100 à la *Financière médicale* pour les fonds par elle prêtés et que ceux-ci auraient également droit à un dividende x proportionnel aux économies réalisées par la *Participation*, il semble que quelques confrères plus enthousiastes que financiers, aient vu cette perspective trop prochaine. Nous nous demandons s'ils ont fait les réflexions suivantes :

« 1° De ce que la *Financière médicale* recevra un intérêt de 5 p. 100, s'ensuit-il qu'elle le transmettra intégralement dès la première année à chaque souscripteur ? Evidemment non. Elle aura des frais d'administration, de constitution, sa patente, ses impôts, ses dépenses d'assemblée générale, elle aura sa réserve légale à mettre de côté.

2° Les bénéfices d'une mutuelle bien comprise ne peuvent jamais être considérables... »

Ces citations nous paraissent suffisantes,

Les Compagnies d'assurances-accidents les plus riches, les mieux administrées, celles qui ont des capitaux an-

ciens et des immeubles acquis depuis de longues années n'ont pu l'an dernier distribuer à leurs actionnaires que 2.025.560 francs pour un capital social de 60.300.000 francs c'est-à-dire 3,25 p. 100. Et l'on croit qu'une Société nouvelle qui donnera 5 p. 100 à ses commanditaires pourra être assez riche pour relever le taux des honoraires des médecins et accepter le tarif proposé par le *Concours médical*. Il faut, pour conserver ces illusions, ne jamais avoir consulté ni un actuaire ni un hommed'affaires.

Nous croyons à la bonne foi de nos confrères du *Concours médical* et nous ne voulons pas à notre tour leur dire qu'il n'ont pas été clairs dans leurs premières explications. Cependant nous avons lu et relu tous les articles publiés avant celui du 3 juin dernier et, comme le Dr Peyre, membre de l'Association de la Gironde, comme tous ceux de nos confrères qui nous ont écrit à ce sujet, nous avions compris que les fonds versés par les médecins souscripteurs recevraient un intérêt de 5 p. 100 et une quote-part dans les bénéfices de la Compagnie. Il paraît aujourd'hui qu'il n'en est rien et dès lors la question suivante se pose : Est-il acceptable que le médecin soit tenu de verser une somme déterminée — qui sera évidemment perdue pour lui — pour avoir le droit de participer à un service médical ?

D'autre part, quelle sera la situation de ce médecin le jour où, appelé à témoigner en justice, il se verra récuser par l'une des parties qui lui opposera qu'il est actionnaire de la Caisse d'assurances en cause?

C'est dans ces termes que M. le Dr Peyre a posé la question devant la Société de la Gironde. Nous croyons devoir reproduire *in extenso* la discussion qui a suivi et les résolutions votées par l'Assemblée.

« M. Lande. — Le Conseil, dans sa dernière séance, prévenu par notre collègue, a étudié la question qu'il vous soumet aujourd'hui. Il ne lui a pas fallu une bien longue discussion pour reconnaître que les deux combinaisons financières signalées par le Dr Peyre offrent de réels inconvénients, de sérieux dangers pour le Corps médical.

« Ces deux combinaisons font du médecin le commanditaire, l'actionnaire d'une compagnie ou d'une caisse d'assurances contre les accidents. Mais dans la combinaison Cézilly, le médecin n'a affaire directement qu'à la *Financière médicale*, le concours pécuniaire qu'il prête aux compagnies est indirect et en quelque sorte impersonnel, tandis qu'à Bordeaux ce concours serait direct et personnel.

« Dans les deux cas, par sa souscription, le médecin s'assure la clientèle des compagnies à l'exclusion des confrères non souscripteurs.

« Mais tandis que la combinaison Cézilly fait espérer au médecin commanditaire un relèvement des honoraires médicaux afférents au traitement des ouvriers victimes d'accidents, le syndicat des industriels bordelais prétend imposer à ses médecins un tarif ridicule.

« Le monopole d'un service médical obtenu à prix d'argent a paru à votre Conseil contraire au maintien des sentiments de confraternité qui doivent nous unir. On s'est récemment indigné dans toute la presse médicale en apprenant qu'un établissement avait mis son service médical en adjudication en se réservant de l'attribuer au médecin qui lui demanderait le plus bas prix dans sa soumission. La coopération financière avec les caisses d'assurances serait, de l'avis du Conseil, un fait du même ordre. S'assurer un monopole par une réduction exagérée d'honoraires ou par une souscription lui a paru aussi dangereux pour les intérêts pécuniaires que pour le prestige moral du Corps médical.

« D'un autre côté, le médecin lié par une combinaison financière quelconque à une caisse d'assurances se trouvera en mauvaise posture devant les tribunaux quand, à la suite d'un accident, il surviendra un litige entre patron et ouvrier. Je prie notre conseil, M. O'Zoux, de vous éclairer sur ce point.

« M. O'Zoux. — Les compagnies d'assurances, en vous offrant de devenir des commanditaires, veulent faire de vous de véritables *associés*.

« La question que vous me soumettez peut donc se résumer en ces termes : Un *associé* peut-il, sans être *reproché*, être *témoin* ou *expert* dans une affaire intéressant la société à laquelle il appartient.

« L'article 283 du Code de procédure civile énumère 7 cas de reproches parmi lesquels ne figure pas la qualité d'associé ; mais malgré quelques divergences dans la doctrine et la jurisprudence, il est aujourd'hui généralement admis que si les dispositions de l'article 283 du Code de procédure civile sont impératives pour les cas visés, elles ne sont pas limitatives et laissent au juge la faculté d'apprécier s'il y a lieu d'admettre ou de repousser des reproches fondés sur des causes non énumérées dans ledit article.

« Conformément à cette opinion, la Cour de cassation a maintes fois décidé que le reproche était admissible contre un témoin qui aurait un intérêt dans le procès et, faisant application de ce principe, la Cour de Douai, à deux reprises, le 10 août 1835 et le 28 janvier 1853, et la Cour de Montpellier, le 13 mars 1839, ont décidé qu'étaient reprochables, comme pouvant avoir un intérêt au procès, les *associés* ou copropriétaires de la partie.

« Je conclus donc, Messieurs, qu'à mon avis, vous serez toujours reprochables et reprochés comme témoins ou comme experts, sans cependant pouvoir affirmer que le juge, maître de décider selon les circonstances, accueillera toujours le reproche. Mais n'est-ce pas déjà trop d'être reprochables ? Pour moi, je le crois.

« M. Lande. L'opinion que vient d'émettre M. O'Zoux était déjà celle du Conseil. Mais il ne suffit pas de rejeter les propositions financières qui nous sont faites ; nous devons arrêter une ligne de conduite en présence des compagnies d'assurances, des syndicats qui, à la faveu de la loi nouvelle, veulent nous imposer des obligations pleines de dangers ou des honoraires dérisoires ; nous devons nous unir et leur opposer un tarif qui garantisse à la fois nos intérêts, notre indépendance et notre dignité professionnelle.

« M. Rolland propose que l'assemblée repousse toute affiliation à des caisses constituées par des médecins ou des patrons en vue de l'application de la loi sur les accidents et établisse, de concert avec les autres groupes médicaux, un tarif à opposer aux compagnies d'assurances.

« M. Lalanne fait remarquer que quelques confrères ont déjà adhéré à certaines combinaisons ; il serait bon de les aviser et de faire connaître aussi notre tarif aux compagnies avant la mise en vigueur de la loi du 9 avril 1898.

« M. Lande. — L'observation de M. Lalanne est fort juste ; nos confrères seront prévenus par la publication de notre procès-verbal, et notre tarif sera établi avant le 1er juillet prochain.

« Les propositions de M. Rolland sont la conséquence naturelle des explications que nous venons d'échanger et ce sont celles que le Conseil voulait vous soumettre :

1° « L'Association des médecins de la Gironde est « d'avis que les médecins doivent s'abstenir de contribuer « par une participation financière quelconque, directe ou « indirecte, à la constitution du fonds de garantie des « caisses d'assurances contre les accidents, dans le fonc- « tionnement desquelles ils obtiendraient par cette con- « tribution le monopole du service médical. (*Adopté à l'unanimité*).

« 2° Il sera établi, dans le plus bref délai possible, par « les soins d'une commission placée sous le patronage de « l'Association, convoquée par elle et composée de délé- « gués de tous les groupements professionnels médicaux « du département, un tarif d'honoraires pour les acci- « dents tombant sous l'application de la loi du « 9 avril 1898.

« Ce tarif servira de base aux contrats à intervenir « entre les médecins de la Gironde et les compagnies ou « sociétés d'assurances contre les accidents. » (*Adopté à l'unanimité.*)

A la suite de ce vote, l'Assemblée a nommé une Commission spéciale dont nous avons inséré plus haut les conclusions.

Parmi les membres de cette Commission, il se trouvait plusieurs souscripteurs de la *Financière médicale*. Ils ont reconnu qu'ils s'étaient trompés, que le tarif inséré dans le dernier numéro du *Concours médical* était inapplicable, qu'aucune Compagnie sérieuse ne consentirait à en reconnaître la validité, que dès lors un tarif plus équitable devait être établi.

Ce tarif, il conviendra que les médecins puissent l'imposer aux Compagnies d'assurances contre les accidents. Mais il conviendra surtout que les médecins restent soucieux de conserver leur indépendance, qui est la sauvegarde de la dignité professionnelle.

L. LEREBOUILLET, (*in Gazette hebdomadaire*).

L'article ci-dessus donne actuellement lieu à une polémique entre le *Concours médical* et la *Gazette hebdomadaire*. Nous en reproduirons, dans notre prochain numéro, ce qui pourra instruire ou intéresser nos lecteurs

A. CH.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — CONCOURS DU PROSECTORAT. Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Ombredanne et Proust.

Association française de chirurgie. — Le 13e congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 16 octobre 1899, sous la présidence de M. le professeur Antonin Poncet, de Lyon, correspondant national de l'Académie de médecine.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° De l'hystérectomie abdominale totale, M. Ricard, de Paris, rapporteur. 2° Tumeurs des os, MM. Pollosson et Bérard, de Lyon, rapporteurs.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Légion d'honneur. — M. le docteur Ricard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé, est nommé chirurgien consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

Institution nationale des sourds-muets. — Par suite de la mise à la retraite de M. le Dr Ladreit de la Charrière, M. le Dr E. Ménière vient d'être nommé chirurgien en chef de la clinique otologique. M. E. Ménière prend ainsi après trente-sept ans, la place jadis occupée de 1838 à 1862 par son illustre père et nous lui en adressons nos très cordiales félicitations.

MM. Castex et Grossard sont nommés médecins adjoints. M. Ch. Leroux est nommé médecin de l'infirmerie des sourds-muets.

Mérite agricole. — M. Poirault, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Poitiers, est nommé chevalier du Mérite agricole.

Université de Lyon. — Le conseil de l'Université a désigné le professeur Hugounenq pour exercer les fonctions de consul universitaire à l'égard des étudiants russes, bulgares, roumains et serbes. M. Pic les remplira pour les suisses, M. Crolas pour les turcs et égyptiens.

Corps de santé militaire. — Dans sa séance du 9 juin, la Chambre des députés a adopté un projet de loi portant augmentation du cadre des médecins-majors de deuxième classe et des médecins aides-majors de première classe fixé par la loi du 15 avril 1898.

En voici le texte : médecin-inspecteur général, 1 ; médecins-inspecteurs, 11 ; médecins principaux de première classe, 45 ; médecins principaux de deuxième classe, 60 ; médecins-majors de première classe, 340 ; médecins-majors de deuxième classe, 510 ; médecins aide-majors de première classe, 406 ; médecins aide-majors de deuxième classe, 100 dont 50 à l'Ecole d'application du service de santé militaire. Total : 1473.

— En vertu d'un décret signé le 5 de ce mois, les jeunes gens nommés élèves de l'Ecole du service de santé militaire, et les médecins et pharmaciens stagiaires admis directement à l'Ecole d'application du service de santé militaire, devront contracter désormais, quels que soient leur âge et leur situation militaire, en entrant à l'Ecole, ou au moment de leur nomination comme élèves militaires, un engagement spécial par lequel ils s'obligent à servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe.

Nécrologie. — Le Dr TARRAS, médecin à Pau et aux Eaux-Bonnes, reçu en 1852. — Le Dr HUMBERT, d'Etain (Meuse) reçu en 1896. — Le Dr LELIÈVRE de Pipriac (Ille-et-Vilaine) reçu en 1877. — Le Dr TRANNOY, d'Arras. — Le Dr CHÔTEAU, de Saint-Maurice les-Lille (Nord), décédé à l'âge de 63 ans. — Le Dr ODOUL de Ville-en-Tardenois (Marne), reçu en 1896. — Le Dr HERMAND de Templeuve (Nord). — Le Dr POPU, de Neufchateau (Vosges), reçu en 1881. — Le Dr CRESTIN, de Lyon, reçu en 1852. — Le Dr BONNET (Eugène), de Séon-saint-Henri, Marseille.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*